

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

ACCUEIL CLINIQUE - ÉVALUATION INFIRMIÈRE HÉMATURIE

Se référer à OC-6100 *Initier des mesures diagnostics et une consultation pour un usager présentant une hématurie*

CONTRE-INDICATIONS	
☐ Oui ☐ Non Préciser : _____	
Interventions : ☐ Référence à l'urgence ☐ Médecin référent avisé ☐ Autre : _____	
HISTOIRE DE SANTÉ ET ANTÉCÉDENTS	
Suivi médical dans un autre centre hospitalier	☐ Oui ☐ Non Établissement : _____
Antécédents médicaux	_____
Antécédents chirurgicaux	_____
Antécédents familiaux	_____
Grossesse	☐ Oui ☐ Non
Habitudes de vie	Tabac : ☐ Oui ☐ Non Qté/Fréquence : _____
	Alcool : ☐ Oui ☐ Non Type : _____ Qté/Fréquence : _____
	Drogues : ☐ Oui ☐ Non Type : _____ Qté/Fréquence : _____
MÉDICAMENTS	
Allergie :	☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
Médicaments :	☐ Voir profil pharmaceutique Nom de la pharmacie : _____
ENSEIGNEMENT	
☐ Feuilles et coordonnées remis ☐ Consignes de sécurité en cas de détérioration expliquées	
EXAMEN PHYSIQUE	
Signes vitaux : TA : _____ / _____ mmHg FC : _____ /min. FR : _____ /min. Sat. : _____ % T : _____ °C	
Taille : _____ cm Poids : _____ kg ☐ Gain de poids : _____ kg ☐ Perte de poids : _____ kg Âge : _____	
Notes complémentaires : _____	

ÉVALUATION DES SIGNES ET SYMPTÔMES (PQRSTU)

Évaluation du risque par l’infirmière :

☐ Faible

☐ Modéré

☐ Élevé

Saignement

Aspect :

☐ Rouge clair

☐ Rosé

☐ Rouge foncé

☐ Caillots

☐ Autre : _____

Préciser :

Début :

☐ Indéterminé

☐ Soudain

☐ Graduel

☐ Intermittent

Depuis :

☐ _____ jours

☐ _____ semaines

☐ _____ mois

Symptômes

☐ Pollakiurie

☐ Urgenturie

☐ Dysurie

☐ Brûlure mictionnelle

☐ Fuites urinaires

☐ Incontinence

☐ Faiblesse

☐ Fatigue

☐ Autre : _____

☐ Douleur, préciser : _____

Prise d’analgésie :

☐ Oui

☐ Non

Préciser : _____

Soulagement :

☐ Complet

☐ Partiel

☐ Aucun

Préciser : _____

Depuis :

☐ _____ jours

☐ _____ semaines

☐ _____ mois

Début :

☐ Indéterminé

☐ Soudain

☐ Graduel

☐ Autre : _____

Notes complémentaires :

Examens paracliniques	Demandé aaaa/mm/jj	En attente aaaa/mm/jj	Fait aaaa/mm/jj	Résultats reçus aaaa/mm/jj	Notes complémentaires + Initiales
Analyses sanguines					
Analyses urinaires					Hématurie :
Échographie abdo-pelvienne					
Pyeloscan					
Cystoscopie					

VÉRIFICATIONS HEBDOMADAIRES DES EXAMENS PARACLINIQUES									
Date aaaa/mm/jj	Initiales	Date aaaa/mm/jj	Initiales	Date aaaa/mm/jj	Initiales	Date aaaa/mm/jj	Initiales	Date aaaa/mm/jj	Initiales

NOTES COMPLÉMENTAIRES

☐ Dossier fermé à l'accueil clinique en date du : aaaa/mm/jj

SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE	INITIALES	SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE	INITIALES